

受講申込書

一般社団法人 日本予防医学リンパ療法臨床研究協会主催

平成 年 月 日

ふりがな		写真添付欄 縦 3.0~3.5 cm 横 2.5~3.0 cm カラー証明写真 をご使用下さい。
氏名 ㊟		
昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	性別 男 女	
ふりがな		TEL
現住所 〒 -		FAX
		携帯
勤務先・ 学校名等		勤続年数 年 月
応募理由 (将来の目的・夢・希望など率直にご記入ください)		

※下記受講料を 年 月 日に 振込みます
 振込みました

.....切り取り線.....

[リンパ療法士][予防医学指導士エキスパート]受講料振込先

一括払い ¥500,000.- (税込)

締め切り日 年 月 日

[振込口座]

ゆうちょ銀行 普通預金 記号：14000 番号：5122231

※他金融機関からの場合 → ゆうちょ銀行 普通預金 店番：408 番号：0512223

受取人名 社団法人) 日本予防医学リンパ療法臨床研究協会

※お振込手数料は、申込者様のご負担となります。

[受講申込書送付先]

一般社団法人 日本予防医学リンパ療法臨床研究協会

〒560-0052 大阪府豊中市春日町5丁目9-38

お問い合わせ：TEL/FAX 06-6848-3352 10:0~17:00 (土日祝を除く)